



Livres Bon Kalite Sèvis Chak jon

Konte Miami-Dade County Pwogram Asistans Evakiyasyon Dijans

Enfòmasyon ak Enstriksyon Pou Aplikan

Pwogram Asistans Evakiyasyon Dijans-la se pou moun andikape oswa ak bezwen espesyal ki abite lakay yo epi ki bezwen èd pou yo evakye. Aplikan ki kalifye yo fèt pou genyen yon kondisyon medikal ki mande lojman ak asistans espesyal ki pa disponib nan yon sant evakiyasyon siklòn. Moun kap viv nan sant vyeyès oswa pansyon (ti gran-moun/kokobe) pa kalifye pou pwogram sa-a.

Rejis la kab itilize pou nenpòt ijans ki mande evakiyasyon, tankou inondasyon, siklòn oswa fwit pwodwi danjere (tankou fwit gaz). Resous yo limite; moun ki te deja anrejistre yo ap jwenn priorite lè gen yon ijans. **Pa tann se lè yon evakiyasyon koumanse fèt pou w mande mete w nan rejis la.**

Sant evakiyasyon yo ap disponib kòm **dènye resous sèlman** pou moun ki pa genyen **lòt kote pou yo ale**. Si w bezwen evakye, chèche refij dabò kay fanmi, zanmi oswa òganizasyon kominotè. Sant evakiyasyon pou moun ak bezwen espesyal yo pa ofri menm nivo swen ak ekipman ak sa ki disponib nan sant sante yo. Yo kapab bay premye swen sèlman. Se pou moun kap okipe w lan rete avèk w pandan tout tan w nan sant evakiyasyon an.

Ekipman ak manje nan sant evakiyasyon siklòn yo limite. W dwe pote dra, medikaman ak zafè pèsone w (manje, dlo, ekipman medikal). Yo rekòmande w manje yon bon repa anvan w kite lakay w epi tou pa bliye pote manje rejim espesyal, si li nesèsè.

Ranpli **tout** pati nan aplikasyon an. Avan w remèt aplikasyon an, se pou doktè w ranpli ak siyen paj dèyè an. Si gen plis ke yon moun nan menm kay la ki bezwen asistans pou evakye, chak moun dwe ranpli yon fòm enskripsyon separe. Yon fwa ke yo asepte aplikasyon an, kat pou nou anresjistre avèk enstriksyon espesyal ap vin jwenn nou pa lapos. Li enstriksyon sa yo ak **anpil atansyon** epi mete yo nan yon kote pou yo pa abime. Mete tèt nou an plas, prepare nou byen epi rete alekout anka dijans pou nou konnen eskedil evakiyasyon yo.

Fè nou konnen tout kondisyon sante nou sitou si nou pral bezwen elektrisite pou ekipman medikal ak si nou bezwen anken transpò espesyal. Chak ane nou va kontakte w pou re-sètifye patisipasyon w nan pwogram sa-a. Yon fwa w fin enskri, w pa bezwen ranpli yon aplikasyon chak fwa. Si w gen anken kestyon oswa w bezwen plis enfòmasyon, tranpri rele Nimewo Ijans Bezwen Espesyal la nan (305) 513-7700. Lè w fini ranpli aplikasyon an voye li bannou nan :

**Miami-Dade Office of Emergency Management
9300 NW 41 Street
Miami, FL 33178**

Enfòmasyon sa-a disponib an Angle, Panyòl, Kreyòl ak Bray (sou demann). Pou enfòmasyon sou preparasyon pandan yon dezast rele Sant Repons la nan (305) 468-5900. Sèvis TTY/TDD Rele (305) 468-5402. W kab ale sou sitwèb nou an tou pou plis enfòmasyon: www.miamidade.gov/oem

Aplikasyon Pou Asistans Evakyason Dijans

Tanpri li enfòmasyon ak enstriksyon sa yo anvan nou kòmanse ranpli fòm nan. **Se pou Fòm sa-a ranpli nèt sinon yap voye-l tounen bannou.**

Tanpri ekri klè.

Dat aplikasyon an: ____/____/____

Siyati: _____ Prenon: _____ Inisyal: ____ Sèks: M F

Dat W Fèt: ____/____/____ Nimewo Sosyal Sekirite: _____ - _____ - _____

Kalite kay la: Kay/Diplèks Apt./Kondo (Ki etaj? ____) Kay Mobil/Trelè
 Kominote(site) Pansyon(ti granmoun/kokobe)

Adrès-W: _____ Nimewo Apatman.: _____

Vil: _____ Zip Kòd: _____

Adrès Lapos w (si li diferan de sa ki anwo-an): _____

Telefòn Lakay w: (____) _____ (Liy TTY/TDD Wi) Telefòn Travay- w: (____) _____

Lang w pale pibyen: _____

Non yon zanmi oswa yon fanmi pwòch ki pa rete avèk w: _____

Téléfòn Kay li:(____) _____ Telefòn travay li: (____) _____

Adrès li: _____ Vil: _____ Zip Kòd: _____

Mwen sètifye ke genyen yon moun ki pran swen mwen (konpayon) kap evakye avè'm.

Non konpayon: _____

Ki kalite èd ou bezwen chak jou? (Tcheke tout sa ki nesèsè)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> swen pèsònèl (abiye/twalèt) | <input type="checkbox"/> mobilite (deplasman/mache) | <input type="checkbox"/> pran medikaman manje |
| <input type="checkbox"/> gide (moun avèg) | <input type="checkbox"/> manje | <input type="checkbox"/> dyaliz |
| <input type="checkbox"/> kominike (<input type="checkbox"/> soud/ <input type="checkbox"/> bèbè) | <input type="checkbox"/> chanje pansman, Si wi, Ki kalite blesi: _____ | <input type="checkbox"/> sifonnen poumon |
| <input type="checkbox"/> swen medikal/mantal espesyalize: (<input type="checkbox"/> pafwa <input type="checkbox"/> toutan) | <input type="checkbox"/> oksijèn: (<input type="checkbox"/> pafwa <input type="checkbox"/> toutan) | |

Èske w sèvi ak ekipman medikal ki bezwen elektrisite? Wi Non (pafwa toutan)

Lis ekipman medikal ki bezwen elektrisite yo: _____

Èske wap resevwa swen ospis oswa swen sante adomisil? Wi Non

Ajans: _____ Telefòn: (____) _____

Èske w bezwebn transpòtasyon pou w ale nan sant evakyasyon an? Wi Non

Mwen itilizé: Chèz woulant (san èd Wi Non) "Walker(machè)"/Baton
 Beki Chen Gid(èd avèg)/Bèt sèvis

Mwen kouche toutan: Wi Non

Ki koté w te aprann de pwogram sa-a?

- De sant mèdikal w oubyen de yon lot sant santé / Kiyès? _____
- Nan télévizyon, radyo, oswa journal
- Sou Internet
- De yon prezantatè
- Lot: _____

**Men kondisyon mwen genyen ki se youn nan kondisyon lalwa Eta-a mande pou kalifye:
(Tcheke tout sa ke w genyen)**

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Maladi "Alzheimer"(pèdi memwa)
<input type="checkbox"/> fèk kòmanse <input type="checkbox"/> modere <input type="checkbox"/> avanse <input type="checkbox"/> sou kontwòl <input type="checkbox"/> san kontwòl | <input type="checkbox"/> Kadyak (kè) | <input type="checkbox"/> Konjesyon Serebral |
| <input type="checkbox"/> Maladi Konjesyon Poumon (COPD) | <input type="checkbox"/> Maladi Glann Poumon | <input type="checkbox"/> Maladi Rentretman kontinyèl dyaliz CAPD |
| <input type="checkbox"/> Dimensia | <input type="checkbox"/> Anfizèm | <input type="checkbox"/> Maladi Misk Kap Mouri (Muscular Dystrophy) |
| <input type="checkbox"/> Ranplasman hanch
<input type="checkbox"/> mwens ke si mwa
<input type="checkbox"/> plis ke si mwa | <input type="checkbox"/> Ranplasman jenou
<input type="checkbox"/> mwens ke si mwa
<input type="checkbox"/> plis ke si mwa | <input type="checkbox"/> Maladi Nè ak Misk
<input type="checkbox"/> fèk komanse <input type="checkbox"/> modere
<input type="checkbox"/> avanse |
| <input type="checkbox"/> Maladi Latranblad (Parkinson)
<input type="checkbox"/> fèk kòmanse <input type="checkbox"/> avanse | <input type="checkbox"/> Foli
<input type="checkbox"/> sou kontwòl <input type="checkbox"/> san kontwòl | <input type="checkbox"/> Kriz (malkadi/Nè)
<input type="checkbox"/> sou kontwòl
<input type="checkbox"/> san kontwòl |

Lòt maladi: _____

Non moun ki ranpli fòm-nan: _____ **Telefòn:(_____)** _____

**Siyati Moun Ki Aplike an ak Lwa Diskresyon HIPAA
(Health Insurance Portability and Accountability Act)**

Mwen sètifye ke enfomasyon sa yo kòrèk. Mwen konnen ke dapre aplikasyon an avèk enfomasyon mwen bay, Biwo Administrasyon Ka Dijans ap detèminé ki kalite asistans pwogram nan kab bay, si ta gen evakiyasyon. Mwen Konnen ke asistans sa-a ap la pou periyò ijans-lan sèlman epi ke mwen dwe fè lòt aranjman alavans pou si oka mwen pa ta kab tunen lakay mwen. **Mwen konprann ke tout frè transpòtasyon pou evakiyasyon ak lòt frè medikal ap sou responsabilite pa mwen.** Mwen bay sant mèdikal yo, sèvis transpò yo, ak tout lòt sèvis yo, nempot enfomasyon yo ta bézwen pou yo réponn a bézwen'm.

Lwa Diskresyon HIPAA: Nan siyen otorizasyon sa a, mwen otorize Biwo Administrasyon Dijans Konte Miami-Dade (MDOEM) sèvi avèk oswa revele enfòmasyon medikal konsènen sante mwen oswa mwen menm menm, dapre règleman lalwa ki pibliye nan Lwa 1996 sou Kapasite pou Transfere ak sou Transparans Asirans Medikal, "Lalwa Konfidansyalite HIPAA", pou sèvi pou evakye mwen e mete mwen nan yon etablisman oswa lojman ki apwopriye.

Mwen konprann ke enfòmasyon ki sèvi oswa devwale dapre otorizasyon sa-a gendwa vin re-devwale pa respipyan an pou koze evakiyasyon, lòjman, transpòtasyon ak nenpòt swen medikal dapre sèvis sila yo.

Mwen byen konprann ke mwen gen dwa revoke Otorizasyon sa a nenpòt kilè esepite nan ka kote MDOEM gentan aji sou Otorizasyon an. Pou revoke Otorizasyon sa a, mwen konprann ke mwen dwe fè yon demann alekri voye bay Biwo Administrasyon Dijans Konte Miami-Dade, 9300 NW 41 St, Miami, FL 33178; atansyon, Kowòdinatè pou Moun ak Bezwen Espesyal.

Mwen konprann ke si mwen chwazi revoke Otorizasyon sa a, mwen pap sou Lis Moun ak Bezwen Espesyal la ankò e yo pap evakye m.

Siyati aplikan-an: _____ **Dat:** _____

_____ Fè moun ki okupye santé ou ranpli. _____
This section must be completed by Health Care Provider. Please print.

Health Care Provider: _____

Phone: (____) _____

Primary Diagnosis: _____ Secondary Diagnosis: _____

To the best of my knowledge and belief, the information provided on this form is correct and complete.

Health Care Provider's Signature _____ Date: _____

Provider's License Number: _____

EMEOEM
Office of Emergency Management
9300 NW 41 Street
Miami, FL 33178